

シンポジウムⅣ 討 論

金子：それでは早速ですが、シンポジウム、「21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開」に関して総合討論を始めたいと思います。しかし時計をみていただくとおわかりのように時間が少ししかありません。フロアの方との討論を十分にとっていたのですが、残念ながら時間的余裕がないようです。しかし今ほどシンポジウムのなかで各演者からご提案がありましたことは、次の総括討論にもつながることでもありますので、そこでもフロアからご発言をいただければと思います。

6名のシンポジストと指定討論の方のお話を要約いたしますと、保健・医療・福祉と縦割りではなくそれぞれの機能を自覚して連携をはかるのだということでした。特に精神医療、精神病院に関しては精神医療に機能を純化しろ、そうでないと精神保健・医療・福祉システムの構築はうまくいかないということでした。

まずは保健の分野ということで、宮川さんから市民モデルという概念を提示していただきました。また三代さんからはクライシス・チームを保健所が提供したらどうかのご意見をいただきました。簡単にはいかないということでしたが、実際に市民モデルを各市町村、各地域で進めていくために必要なものは何だろうかという点について、宮川さんと三代さんからお話をいただきたいと思います。宜しく申し上げます。

宮川：必要なものは、まず意志、いや気持ちですね。街のなかでやるとしたらまずは自治体の計画にのせることです。次にその裏付けとして財政的なことが必要です。だいたいこのような順番になっていると思いますが、ごくごくオーソドックスなことをきちんとやることだと思

います。つまり市民の意志を自治体がきちんと具体化して実行できる体制を作ることです。簡単にまとめすぎたかも知れませんが。

金子：ありがとうございました。それでは三代さん、お願いします。

三代：市民モデルということでしょうか。地域で障害を持った方々が生活していく上でソーシャル・サポートのネットワークを含めてどのような支援が必要であるのかということについては、各シンポジストからも具体的なプログラムが提示されたので、重複は避けてお話しします。私は支援メニューはかなり出そろったのではないかと思います。それを都市部と地方というようにローカリティーを考慮した上で、住み易い、生活しやすい地域を作るために、そのプログラムをどう構築し、どう要求し、どう運動をおこしていくのかということが重要です。そのような運動を各地で展開していくことが、本当に日本に民主的な地域を作っていくことになるのではないかと思います。

金子：ありがとうございました。福祉の分野に関しても、精神だけ特別であるのはおかしいのではないかとということでした。他障害との統合が成って、その中で精神を論ずることが必要であるということです。このことに関してもただ手をこまねいていられない状況にあることは異論のないところと思います。

次に医療の問題ですが、医療機関が地域を抱え込むのではなく、医療機能に純化するというご意見が多かったですが、「社会的入院ゼロ作戦」とか「10万ベッドを減らそう」とか、かなり大胆なご意見も出てきました。今ご発言をいただかなかったシンポジストの方から、具体的

にはどう進めていったらどうかとか、ご自分のお気持ちを付け加えていただいて、ご意見をお願いします。

まずは一般医療の一分野の精神科ということであると総合病院ということになりますが、佐藤さんからお願いします。

佐藤：発表のなかで申し上げましたが、精神医療はあくまで医療の一部であるということを忘れてはいけません。ただ単に患者さんを入院させておくということではなく医療的なサービスを行うことを考えると、当然に入院期間は短くなっていくはずです。特にベッドをもった総合病院精神科の機能が充実しその数が増えてきますと、必然的に平均在院日数を短くすることが必要になります。一般科との比較にさらされますと、一般科、内科や外科は20日を切るような平均在院日数でやっているわけですから精神科だけ数百日というわけにはいかないのです。一般科に遜色ない医療を行うと入院期間は短くできるはずです。私たちの立場からは、総合病院精神科を充実することによって、精神医療は医療機能にかなり純化されてくるのではないかと思います。

金子：ありがとうございます。それでは次に中島さんから、抜本的な改革を、ということでもございましたが、具体的にはどうすればよいのかということについてお願いします。

中島：難しいご質問ですが、医療は医療に、福祉は福祉に純化した上で協力関係ができることがベストであると思います。しかし現実には、ある程度資本の蓄積した精神病院が、福祉へも乗り出していっていると思います。つまり人食いアメーバがその触手を地域へも伸ばしてきたと…。今のは取り消します。失言でした。(笑) そういう形になりますと、日本の殆どがそうですが、十分な地域ネットワークができていない

地域では、患者さんは一旦病院の門をくぐらないと福祉を受けられないという状況が起こるわけですね。いたずらにその方向に進むのはやはりまずいだらうと思います。医療の限界というか、やるべきことを明確にしていかないと患者さんにとっては利用しにくいものになってくる可能性があると思います。それからもう一つ、「抜本改革」と申し上げましたが、そのためにはきちんとした行動計画を立てて、行政もそれに耳を傾けて一緒にやっていかなくてはなりません。予算がないところでいくら作れと言ってみても社会資源の普及は資本をもっているところにしか作れないというのが現状であると思います。

いずれにしても、病院のなかでいわゆる社会的入院の方々がどんどん高齢化していつ、もう一度命の花を咲かせることができるかも知れなかった人々がそのまま病院のなかで亡くなっていっている現実に対して、医療従事者は罪の意識を待たなければいけないと思います。

金子：ありがとうございます。それでは次に藤井さんにお伺いいたします。社会的入院を減らそうというお話がありましたが、そのためには何が必要なのでしょう。

藤井：社会的入院を減らすためには、住むところや働くところなどの社会復帰施設が足りないからだとよく言われますが、私はむしろそれは第二義的であって、民間病院の経営が成り立つのであればこれだけの病床を減らすことができますよ、というようなことが本来の原因ではないかと思います。佐藤さんのお話にもありましたが、精神科の診療報酬は他の診療科に比べて差別的な扱いをされています。つまりまともな通院医療だけでは経営していけないという問題があり、医療経済を含めた構造的な問題がある。

と思います。そのことをもっと国民的なテーマにしていく必要があります。しかしながら矛盾しますが、いろいろの税金の番付をみますと精神病院が上位に入っているという現実もあります。いずれにしても民間病院の経営問題とあわせて考えていく必要があるだろうと思います。そしてそのことを解決していくためには、やはり一番身近にいる医療従事者がどう立ち上がっていくのかということです。一旦みた矛盾から目をそらさない体質が本当にあるのだろうか。そのことをぜひ持ち帰っていただきたい。あわせてこの問題を、政治の表舞台、つまり国会などで議論できるようなことも作っていく必要があるだろうと思います。以上です。

金子：ありがとうございます。それでは同じ質問で恐縮ですが、門屋さんからご追加などありましたらお願いいたします。

門屋：私は地域で活動していますが、やはり最大の問題は精神医療だと思います。今現在は医療の問題抜きにして地域はあり得ないですね。宮川さんのように市民運動のなかから活動を始めますと医療の問題抜きにしてもあり得るのかも知れませんが、私のように医療のなかから活動を始めますと、精神医療の問題があまりにも大きすぎて、まずはこの問題を何とかしないといけないというように思います。

私は、日本型脱施設化運動はこれからの10年で進めていかななくてはならないと思っています。少なくとも10万床は減らすべきです。そこで先ほども出ましたように経済的なことが問題ですから、10万人分の医療経済で浮いた部分をどのように再配分していくかを、きちんと試算して検討するべきです。例えば医師の数を2倍にするという案が先ほど出ましたが、これとてベッドを減らすことによって実質的に医師の数は増えるわけです。これら構造改革にもっと真

剣に取り組まないといけない時期だろうと思います。これによって精神医療は歪められてきた、歪められなければいけなかったと申しましょうか。この問題の解決なくしては我々の活動は成り立ちません。

もう一つ付け加えますと、福祉と医療というように分けますが、私は「福祉」という言葉にいささかの抵抗があります。それは今までの福祉は施設福祉や措置福祉であったということです。こういった福祉全体の流れも今まさに変わろうとしています、それが今まだあるんですね。逆に言いますと、知的障害の方の今までの施設福祉と、精神医療の精神病院施設福祉からノーマライゼーションへの変化の双方をみますと、知的障害のノーマライゼーションの方が少し遅れているのではないかと、精神障害の方が少し進んでいるのではないかと思います。もちろん障害の特性という問題もありますが、私は福祉にはあまりこだわらない、むしろ生活という部分にシフトを変えていくという考え方を望みたいと思っています。以上です。

金子：ありがとうございます。今ほど門屋さんには福祉サービスの措置から選択への転換という、もう一つの大事な問題もご提起していただきました。それでは指定発言の小林さんの方から、ご追加などございましたらお願いします。

小林：特別にはないのですが、長期にわたり入院している患者さんの場合、きちんと看護面からも捉えて適切に評価していくことが必要だと思います。看護計画でもあるいはリハビリテーション計画でもそうですが、その辺を見直しながら修正し対応していくことが大事だと思います。以上です。

金子：ありがとうございます。

山本真理：すみません。門屋先生に一つ質問させて下さい。

金子：それでは手短にお願いします。

山本：はい。抄録のなかで見逃せないところが2行ございますので質問させて下さい。126ページの下の方、「一部専門施設の分離（触法等）」とあります。それから127ページに「精神医療の極めて限定的な部分を刑法へ」とおっしゃっていますが、これは触法精神障害者に対する特別な施設を作るという意味でしょうか、あるいは刑法改正、治療処分導入ということまで考えておられるのでしょうか。

金子：それでは門屋さん、お願いします。

門屋：最後の「提言にかえて」というところはあまり厳密に考えておりません。そういう無責任なことを申し上げたら失礼かも知れません。一番最後のところは先ほども書いてあることを読んでいただきたいということです。実は私の考え方の7番目のところはこうです。精神保健福祉法をもし変えていくのであればノーマライゼーションからということです。バンク・ミケルセンが特殊法から一般法に変えるべきであると唱えたわけですが、それに基づけば、先ほどから論議があるように、精神医療も医療法のなかで論じられ、例を示せば特定医療とか厚生医療とか財源的支出を伴うような特定の医療、精神医療でいえば措置医療ですが、このようなものについてのみ精神保健法という精神保健の特別な立法として残す部分であると思っています。

もう一つは、「限定的な部分を刑法へ」ということですが、刑法と書いたところに問題があるのかも知れませんが、他の法律の対象と重なる人たちが現実にいるということは否定できない部分があると思います。それについても検討課題の一つであるという意味で書きました。これを提言するというわけではありませんが、今後このような分離をしていかないと、一番苦し

い手の掛かる部分を全て医療が包括してしまう、縛ってしまうことが起こりますし、今までの精神医療の歴史はそうであったと思います。それはもうやめなければならないという考え方をもっています。ですから具体的に刑法ということではありませんが、そういった分け方をそろそろ考えてはいかかかということ捉えていただければと思います。よろしいですか。

金子：ありがとうございます。この問題は次の総括討論にも続く問題でもありますので、ぜひそこで深めていただきたいと思います。

時間ですのでまとめさせていただきますと、まず医療の問題は医療機能に純化して一般医療の一分野として精神医療サービスを提供できるような体制に抜本的改革を行わなければならないということでした。また福祉の分野は精神障害だけ特別なのではなくて他の障害と一緒になかでもし精神に特別な手当が必要なのであればその中で特別なことをやればよいのではないかということでした。それから最後に保健の観点からですが、市民のなかにも当然ながら精神疾患に罹患する方もいらっしゃるわけですから、長期の入院の方が社会に出ていった場合ばかりでなく、皆さん市民の一員として同じサービスが受けられる、同じ地域で暮らしていけることが大切であるとまとめられるように思います。

以上が、精神保健・医療・福祉システムの在り方に関しましてノーマライゼーションを具現化する方策であり、またシステム自体のノーマライゼーションも必要であるとまとめられるのではないのでしょうか。

以上でシンポジウム、を閉じさせていただきます。ありがとうございます。